

på pensumlisten for Ph.d.-opplæringen. Dette og tilgrensende problemområder er viktige, og vi vil gjerne komme tilbake til dem i nær fremtid i en kommentarartikkel i Tidsskriftet.

I den aktuelle saken går nå eksamensbesvarelsene til sensur. Vurdering av selvstendighet er en del av den faglige evaluering av en eksamensbesvarelse, og det er betydelig risiko for at kandidatene stryker.

Haakon Breien Benestad
Finn Wisløff
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Haug C. Forskningsetikk på pensumlisten. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1161.

Å være pårørende og samtidig lege

I Tidsskriftet nr. 9/2008 skriver Silje Michelsen Solberg og medarbeidere om pemphigus gravidarum (1), som jeg har hatt nær erfaring med i mitt eget liv. Min kone fikk det som ledd i en langvarig utvikling av autoimmun sykdom. 22 år gammel fikk hun plagsomme Raynaud-fenomener på begge hender, med utvikling av trofiske forstyrrelser og arrdannelse på de fleste av fingrenes pulpa. Hun ble gravid med sitt første barn 23 år gammel. Tidlig i graviditeten utviklet hun kløe og fikk antihistamin-tabletter av sin lege ved gynekologisk poliklinikk, Haukeland Universitetssykehus. I annet trimester brøt det ut vesikuløbuløse, sterkt kløende, opptil hønseeggstore elementer på samtlige ekstremiteter og abdomen, men ikke i ansiktet. Mine ulike universitetslærere konsulterte store lærebøker med spørsmål om diagnose og adekvat behandling.

Som ung student forsto jeg at pemphigus gravidarum var en meget sjelden tilstand, og hun ble gjenstand for flere demonstrasjoner på Olavssalen etter gitt samtykke. Fødselen skjedde spontant og ukomplisert en måned før termin. Utslettet gikk gradvis tilbake, samtidig som Raynaud-plagene fortsatte. I min fortvilte kontaktet jeg min lærer i kirurgi som på forespørsel utførte en torakal sympatektomi for om mulig å bedre hennes tilstand. Dette uløste en kaskade av immunologiske fenomener som medførte så å si vedvarende opphold på medisinsk avdeling mitt siste studieår. Diagnosen var nå lupus erythematosus disseminatus. Hun hadde mest symptomer fra hud og muskulatur med utvikling av teleangiektasier i ansiktet. Hun insisterte på flere barn og fødte velskapte tvillinger 29 år gammel, denne gang etter et normalt svangerskap.

Hennes liv var preget av remisjoner og eksaserasjoner med dominerende symptomer fra hud og muskulatur, og tallrike sykehusopphold lokalt og regionalt. Hun

ble behandlet med prednison, og etter hvert også plaquenil og imurel for å dempe den immunologiske prosessen. Sykdommen endret etter hvert karakter til hun fikk terminaldiagnosen sklerodermi. Siste halve året åpnet det seg store nekrotiske sårflater med blottleggelse av underliggende vev på begge underekstremiteter og i sakralregionen. Hun døde 52 år gammel av perforert ulcus ventriculi.

Mine minner om dette ble aktivert av den foreliggende artikkel. Det fikk meg til å reflektere over hvor vanskelig det er å være pårørende til en pasient med langvarig og alvorlig sykdom når man selv er lege. Ingen tok kontinuerlig ansvar for henne utenom ektefellen. Jeg fikk alltid «ballen spilt tilbake» og følte ansvaret svært belastende. Det er ikke riktig at en medisinstudent og senere legeektefelle skal ha det kontinuerlige medisinske ansvar for alvorlig sykdom i egen familie. Jeg er glad for innføringen av fastlegeordningen og legeforleget ordningen. Det ville sikkert ha hjulpet oss begge to i en vond og vanskelig periode.

Per Steinar Steinsvoll
Sel

Litteratur

1. Solberg SM, Tolaas E, Sviland L. En gravid kvinne med kløende utslett. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1062-3.

Når sykehusspesialisten overstyrer fastlegen

Jeg arbeider som fastlege (spesialist i allmennmedisin) og har en pasient med en kronisk sykdom. Denne pasienten er i behandling hos en spesialist ved et sykehus, der vedkommende i flere år har gått til regelmessige kontroller.

Nylig skrev denne spesialisten i en epikrise til meg at jeg bør skrive ut langvarig sykmelding til pasienten. Hun begrunner det imidlertid bare vagt, med at «pasienten er energiløs, slapp», og understreker videre at «hun bør henvises til psykolog pga en mulig depresjon og sykemeldes lenge, evt. uførepensjoneres senere». Etter min mening presenterer spesialisten et magert grunnlag for langtidssykmelding. Pasienten er i 20-årene, en meget sprek, oppstemt og energisk kvinne som selv sier at hun ikke ønsker å arbeide fordi hun ikke har tid fordi hun er alenemor. Hun vil uførepensjoneres, men etter mitt skjønn skjøtter hun sitt kontorarbeid meget vel. Jeg skrev til spesialisten om mine tvil angående grunnlag for sykmeldingen og ba henne overta ansvaret for videre sykmelding og legeerklæringer til NAV. Da fikk jeg beskjed om at dette var fastlegens arbeid, og at hun måtte skjønne viktigere oppgaver enn å skrive sykmeldinger. Men uttale seg om at pasienten bør få sykmelding, det kan hun.

Jeg er ikke enig med henne og vil ikke bruke min underskrift på en sykmelding jeg mener ikke er riktig. Jeg synes hovedbehandlerne bør ha ansvar for slike sykmeldinger dersom de har en mening om dette. Jeg vurderer pasienten som arbeidsfør, og vil ikke kommanderes til å skrive en sykmelding jeg ikke kan stå inne for. Da blir fastlegens oppgaver redusert og de bli bare sekretærer for sykehusleger. Spørsmålet mitt er: Har jeg rett til å nekte å skrive sykmelding hvis jeg mener det ikke er riktig? Og hvem er det som bør ta ansvar for slike sykmeldinger, hovedbehandleren eller fastlegen? Jeg ville satt pris på om noen sykehusspesialister kunne uttale seg om dette.

PS. Nylig har jeg fått beskjed fra pasienten som sier at «sykehusspesialisten anbefaler henne å skifte fastlege».

Alicja Alda
Laksevåg

Om legemiddelkonsulenter og legemiddelinformasjon

I Tidsskriftet nr. 5/2008 presenterte Jørund Straand & Inger Johanne Christensen en studie som hadde som et av sine hovedfunn at legemiddelkonsulenter unnlater å nevne viktig sikkerhetsinformasjon om produktene de promoterer (1). Undersøkelsen er interessant, men den ligger seks år tilbake i tid og resultatene må tolkes i lys av dette.

«Regler for legemiddelinformasjon» er Legemiddelindustriforeningens regelverk innen markedsføring og skal etterleves av våre medlemmer (2). I kapittel 4.1 heter det: «Informasjon om legemidler må være nøyaktig, balansert, sannferdig og objektiv, og tilstrekkelig komplett til å gjøre mottakeren i stand til å danne seg en egen mening om det aktuelle legemidlets terapeutiske verdi». For at legen skal gjøre en riktig vurdering av legemidlets terapeutiske verdi i en forskrivningssituasjon, må alle opplysningene om nytte og risiko være til stede. Derfor gir undersøkelsen til Straand & Christensen, gitt at den er representativ for dagens besøk av legemiddelkonsulenter, grunn til bekymring. Legemiddelindustriforeningen vil sette søkelyset på problemstillingen i vårt obligatoriske kurs for legemiddelkonsulenter.

Pernille Nylehn utfordrer legene til å ha en kritisk holdning til legemiddelkonsulentene, og sette av tid til å diskutere videre når konsulenten har forlatt stedet (3). Det er et godt forslag, men det gjenstår å se hvor mange som makter å gjennomføre dette i en travel klinisk hverdag. Legemiddelindustriforeningen synes det er positivt at legestudenter i undervisningen læres opp til å være kritiske til informasjonen de får, uansett hvem avsenderen måtte være.

Både Straand & Christensen og Guri Rørtveit etterlyser mer engasjement fra offentligheten for å møte allmennlegenes kunnskapsbehov (1, 4). Dette er et synspunkt Legemiddelindustriforeningen deler. Så langt har vi sett lite konkrete resultater av satsingen på legemiddelinformasjon fra det offentlige, som ble varslet i Legemiddelmeldingen (5). I årets statsbudsjett er det imidlertid satt av 10 millioner kroner for at Statens legemiddelverk skal bygge opp en informasjonsavdeling (6). Vi venter i spenning på hva Legemiddelverket kan få til og håper at myndighetene i fremtiden vil kunne gi god og bred informasjon om riktig legemiddelbruk, både til helsetjenesten og til allmennheten.

Per Olav Kormeset

Legemiddelindustriforeningen

Litteratur

1. Straand J, Christensen IJ. Kvaliteten på legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 555-7.
2. Regler for legemiddelinformasjon. www.lmi.no/FullStory.aspx?m=96&amid=21591. [12.3.2008].
3. Nylehn P. Farlige forbindelser? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 541.
4. Rørtveit G. Legene og legemiddelindustrien – nok en gang. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 553.
5. St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/Stmeld-nr-18-2004-2005-.html?id=406517. [12.3.2008].
6. St.prp. nr. 1(2007–2008) for budsjettåret 2008. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/Stprp-nr-1-2007-2008-/5/6/1.html?id=483741 [13.3.2008].

Rammeavtalen – står den for fall?

Rammeavtalen mellom Praktiserende spesialisters landsforening og de regionale helseforetakene er ment som et verktøy for å kvalitetssikre privat drift av spesialist-

legepraksis med offentlig tilskuddsordning (avtalehjemmel). Den legger også føringer for overtakelse av slik praksis helt eller delvis der innehaver ønsker å trappe ned suksessivt og knytte til seg en medarbeider i sin praksis fra fylte 60 år og maksimum fem år frem i tid. I rammeavtalen (§ 3.2 og § 13) står det at seniors ønske om etterfølger/kompanjong skal tillegges stor vekt dersom dette er saklig begrunnet, dvs. at ønsket er basert på faktorer som faglig kompetanse, erfaring, samarbeidsevne og evne til å drive privat praksis.

Slik ordningen praktiseres i dag, stilles det ingen krav til dokumentert begrunnelse for seniors valg. Hun/han står dermed ganske fritt til å hevde at ønsket kandidat innehar de rette kvalitetene, uten videre begrunnelse for dette. Ordningen er egnet til å favorisere private forhold og relasjoner. En av disse er selvfølgelig bekjentskap. Mange utmerkede kolleger, med lengre fartstid som klinikere og med svært gode referanser når det gjelder nettopp faglig kompetanse, erfaring, samarbeidsevne og evne til å drive privat praksis kan ha blitt forfordelt, fordi senior har sin favoritt til stillingen. Mange godt kvalifiserte søkere, inkludert søkere med vitenskapelig kompetanse, har avstått fra å søke fordi de mener seg sjanseløse i en uoversiktlig, vanskelig etterprøvbart og lite reell prosess. På denne måten skapes et innavlsmiljø uten tilførsel av nye visjoner. Privat spesialistpraksis trenger tilførsel av nytt blod, men man mangler mot og vilje til å la seg infundere. Internasjonale, vitenskapelige publikasjoner som utgår fra privat spesialistpraksis, er da også i fåtall. Dette til tross for stor pasientstrøm og et bredt spekter av lidelser som burde danne det aller beste grunnlag for vitenskapelige studier også med tanke på kvalitetsforbedrende tiltak. Dette er ikke i tråd med departementets nylig signaliserte

intensjoner om økt forskning i privat praksis.

Nåværende rammeavtale er et verktøy som fremmer seniors kortvarige behov, men som på lengre sikt vil føre til faglig degenerasjon i privat avtalepraksis.

Praktiserende spesialisters landsforening er klar over svakheten og har bl.a. debattert forholdet på et tidligere landsmøte. Her var begrepet «trynefaktor» inne i bildet, men enn så lenge savnes krav om presisering og objektivisering når det gjelder seniors innflytelse på dette området. Endring av rammeavtalen er påkrevd. Ikke bare seniors, men også pasientens interesse, må ivaretas, og da er faglige aspekter avgjørende. Dersom rammeavtalen skal tåle tidens tann, må den forvaltes på en ryddig måte og i henhold til gjeldende prinsipper, lover og normer.

Jan Rollheim

Tønsberg

■ RETTELSE

Ny viten om stoffskiftesykdom

Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1498.

I Tidsskriftet nr. 13–14/2008 har to ordforklaringer byttet plass. Riktige ordforklaringer er:

Hypertyreose: For høyt stoffskifte. Lave verdier av TSH, høye verdier av T4 og T3.

Hypotyreose: For lavt stoffskifte. Høye verdier av TSH, lave verdier av T4 og T3.